

PAOLA MORITZ KRUEGER

**PREVALÊNCIA DE CONSULTAS PRÉ-NATAL NO BRASIL
SEGUNDO CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS
DA MÃE E CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO EM 2009**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

PAOLA MORITZ KRUEGER

**PREVALÊNCIA DE CONSULTAS PRÉ-NATAL NO BRASIL
SEGUNDO CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS
DA MÃE E CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO EM 2009**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

Krueger Moritz, Paola

Prevalência de consultas pré-natal no Brasil segundo condições demográficas e socioeconômicas da mãe e características do recém-nascido em 2009 / Paola Moritz Krueger – Florianópolis, 2011. 22p.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing.
Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso Graduação em Medicina.

1. Pré - Natal 2. Idade Materna 3. Estado civil materno 4. Escolaridade materna 5. Raça/cor materna 6. Peso ao nascer

RESUMO

Objetivos: Descrever a prevalência de gestantes com nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 e 7 ou mais consultas pré-natal segundo as características demográficas da mãe e características do nascido vivo no Brasil.

Método: Os dados foram coletados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2009. As variáveis utilizadas foram: número de consultas pré-natal por gestante; idade, escolaridade, raça/cor e estado civil maternos; peso ao nascer e número de filhos vivos de gestações prévias. Calculou-se a prevalência de cada categoria do desfecho segundo as variáveis exploratórias para as 27 Unidades Federativas do Brasil.

Resultados: 53,3% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. A maior prevalência de 7 ou mais consultas esteve relacionada com a raça/cor branca, primigestas, idade entre 30-39 anos, 12 ou mais anos de estudo, gestantes divorciadas e com o nascimento de bebês com peso adequado.

Conclusões: Apesar da elevada prevalência de gestantes com o mínimo de 7 consultas de pré-natal, políticas públicas que melhorem a educação em saúde e atentem para a importância do pré-natal são necessárias.

Descritores: Pré-natal. Idade materna. Estado civil materno. Escolaridade materna. Raça/cor materna. Peso ao nascer.

ABSTRACT

Objectives: To describe the prevalence in pregnant women who were subject to 7 or more prenatal consultations according to maternal socio-demographics characteristics in Brazil.

Methods: The data analysed covered 2009 and was gathered from the National Live-born Information System (SINASC). The variables analysed were: number of prenatal consultations; mother's age; educational level; race; civil status; number of live children from previous pregnancies and newborn's weight. Prevalences of the number of prenatal consultations were categorized and computed against the explanatory variables for each of the Brazil's Federation Units.

Results: 53,3% of the pregnant women took 7 or more prenatal consultations. Higher prevalences of 7 or more consultations were related to white pregnant women, ages of 30-39, divorced women, 12+ years of education, first-time pregnant women and newborns within an adequate weight range.

Conclusions: Although the high prevalence of pregnant women engaging in recommended minimum prenatal consultations, public incentives are still needed to improve prenatal health education.

Keywords: Prenatal care. Maternal age. Maternal civil status. Maternal education level. Mother's race. Birth weight.

INTRODUÇÃO

O cuidado à gestante e ao feto durante o pré-natal tem como principal objetivo garantir o nascimento de um bebê saudável com o mínimo risco a ele e à mãe. O pré-natal deve abranger a estimativa precoce e acurada da Idade Gestacional (IG), identificação das pacientes com risco de complicações, avaliação contínua do estado de saúde da mãe e do feto e antecipação de problemas e de intervenção, se possível, para prevenir ou minimizar a morbidade¹. Apesar de não poder evitar por completo complicações como septicemia e hemorragia maternas durante o parto, o pré-natal de qualidade ajuda a melhorar o prognóstico materno através da prevenção, do diagnóstico e do tratamento de doenças da gestante, bem como com a imunização adequada dessas pacientes².

A detecção e o manejo precoce de doenças na gestante - como o diabetes, o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), a hipertensão e a sífilis - e a orientação quanto ao uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas auxiliam não somente na redução de comorbidades e mortalidade maternas, mas também na diminuição da morbimortalidade do recém-nascido (RN), como o baixo peso ao nascer e a prematuridade³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) estipulam como seis ou mais o número ideal de consultas pré-natal - uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação⁴. Além do parâmetro quantitativo, a qualidade do pré-natal também deve ser garantida. Assim, o MS recomenda a realização de exame clínico completo, exames complementares, cálculo da idade gestacional e data provável do parto, orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso da gestante, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos do feto, avaliação do risco obstétrico, controle da pressão arterial da gestante e orientação quanto à imunização antitetânica e quanto

à suplementação de ferro e ácido fólico. A OMS e o MS prevêm ainda a atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e a realização da consulta puerperal em até 42 dias pós-parto⁴.

O número de consultas pré-natal por gestante no Brasil apresentou evolução na primeira década do século XXI. Enquanto no ano 2000 a proporção de gestante que não teve nenhuma consulta pré-natal era de 4,9%, em 2009 o valor chegou a 1,9%. Já a proporção de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas passou de 46,0% a 58,5% (SINASC)⁵. Tal avanço, porém, não parece ser linear entre os estratos da população. Vianna *et al.*⁶ identificaram em nível ecológico relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura de pré-natal, sendo verificado que uma redução de 10% na taxa de pobreza levava a um aumento de 5% a 7% na cobertura de pré-natal. Em um município do interior de São Paulo também se verificou que um número menor de consultas pré-natal estava associado à baixa escolaridade materna, que também se associou com um início mais tardio do pré-natal, maior risco de mortalidade materna, fetal e infantil, baixo peso ao nascer, maternidade precoce e prematuridade⁷.

No Brasil os dados relativos ao número de consultas pré-natal, características maternas e do recém-nascido são registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)⁸. Essas informações, no entanto, ainda são pouco exploradas em análises epidemiológicas. Assim, o objetivo do presente estudo foi testar a associação entre fatores demográficos e socioeconômicos das gestantes com o número de consultas pré-natal que realizaram no Brasil em 2009.

MÉTODOS

O presente estudo analisou o número de consultas pré-natal realizadas entre as gestantes brasileiras no ano de 2009 e fatores associados. As informações sobre os nascidos vivos e as mães foram obtidas junto ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) - e são referentes a todo o território nacional. O SINASC foi implantado com o objetivo de reunir informações epidemiológicas sobre os nascimentos informados em todo território brasileiro. A coleta dos dados é feita através da Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada em todo o país e gerada no serviço de saúde que atendeu ao parto ou que recebeu o RN logo após o nascimento. Dessa forma, o SINASC fornece, além de informações sobre nascidos vivos, dados maternos e de atenção pré-natal⁸.

Considerou-se como variável dependente o número de consultas pré-natal entre as gestantes, variável originalmente categorizada pelo SINASC em nenhuma consulta, 1 a 3, 4 a 6 e 7 ou mais. As variáveis independentes foram idade materna (10 a 19 anos de idade, 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 59), escolaridade da mãe (nenhum ano de estudo, 1 a 3 anos, 4 a 8, 9 a 11 e 12 anos ou mais), raça/cor materna referida pela própria gestante (branca, preta, amarela, parda e indígena); estado civil materno (solteira, casada, divorciada/separada judicialmente, viúva e em união consensual), peso ao nascer (de 100 gramas (g) a 2.499g, de 2.500 a 2.999g, de 3.000 a 3.999g ou de 4.000g a 7.000g) e número de filhos vivos tidos em gestações anteriores (0, 1 ou 2 a 20).

Os dados foram obtidos em formato DBC (arquivo DBase compactado), expandidos para DBF e, em seguida, exportados e analisados utilizando-se o software Stata 9.0. Calculou-se a prevalência de cada categoria do desfecho segundo as variáveis exploratórias e para as 27 unidades federativas do Brasil.

RESULTADOS

Em 2009 foram registrados 2.849.713 nascimentos no país. Pouco mais da metade das gestantes (53,3%) tinha entre 20 e 29 anos de idade, 46,1% relataram de 8 a 11 anos de estudo, 63,2% eram solteiras e aproximadamente metade referiram cor/raça parda (50,6%). A maioria dos bebês (63,4%) nasceu com peso entre 3.000g e 3.999g (Tabela 1).

Aproximadamente seis em cada dez gestantes (58,5%) realizaram sete ou mais consultas pré-natal, sendo essa prevalência maior entre mulheres com 30 e 39 anos de idade (68,4%). Já a prevalência de gestantes sem nenhuma consulta foi maior entre aquelas com 40 a 59 anos (2,7%). Verificou-se claro gradiente positivo entre consultas pré-natal e escolaridade, sendo a prevalência do desfecho maior conforme aumentaram os anos de estudo, com a prevalência de realização de 7 ou mais consultas chegando a 80,1% naquelas com doze ou mais anos. Em contrapartida, a não realização de consulta de pré-natal foi maior entre as mães com nenhuma escolaridade (11,4%). Independente do estado civil, a maioria das mulheres realizou 7 ou mais consultas de pré-natal. Todavia, as mulheres casadas e as divorciadas apresentaram maior prevalência de 7 ou mais consultas: 72,7% e 75,0% respectivamente. As mulheres brancas apresentaram maior prevalência de 7 ou mais consultas de pré-natal (73,9%), seguidas das amarelas (62,2%). A prevalência de nenhuma consulta pré-natal foi mais elevada entre as mães de recém-nascidos com baixo peso (4,5%). Por fim, tanto entre as primigestas quanto entre aquelas com um filho vivo, mais de 60% tiveram 7 ou mais consultas pré-natal (Tabela 2).

Os estados do sul do país e São Paulo apresentam as maiores prevalências de 7 ou mais consultas de pré-natal (entre 68,1% e 78,7%). Em cinco estados (Maranhão, Acre, Amapá, Pará e Amazonas) menos de um terço das mulheres realizaram esse número mínimo

de consultas, com valores variando entre 23,7% e 31,0%. A ausência de qualquer consulta pré-natal foi maior no Acre (10,3%), Amazonas (6,4%) e Amapá (6,3%) e menor em Minas Gerais, Paraná e Tocantins, todos com prevalência de 0,9% (Figura 1).

DISCUSSÃO

O estudo mostrou que mais da metade das gestantes tiveram ao menos 7 consultas pré-natal no Brasil em 2009, porém persiste no país grande desigualdade na assistência pré-natal segundo condições demográficas e socioeconômicas da mãe e de unidade federativa de residência.

A escolaridade materna demonstrou ser um fator associado ao número de consultas pré-natal, sendo a realização delas maior entre as mulheres com mais anos de estudo. Esse resultado é semelhante ao observado por Haidar *et al.*⁷, que observou no interior de São Paulo que mães com maior escolaridade apresentaram chance duas vezes maior de realizar mais de seis consultas pré-natal. Segundo os autores esse fato pode estar associado a um início mais precoce do acompanhamento pré-natal e à maior importância dada ao mesmo. Deve-se destacar ainda que mulheres com menor escolaridade procuram e utilizam menos os serviços de saúde^{9,10}.

O estudo de Leal *et al.*¹¹ demonstrou piora dos indicadores sócio-econômicos da população alvo à medida que se observa o escurecimento da cor da pele, também observou escolaridade mais baixa entre mulheres negras e constatou que as desvantagens para as mulheres negras e pardas extrapolam os indicadores sócio-econômicos, estendendo-se à assistência em saúde. Leal *et al.*¹¹ observaram ainda que menos de um quinto das mulheres negras com menor grau de instrução realizou um pré-natal considerado adequado e mesmo no

grupo de maior instrução, esse benefício não cobriu a metade delas. Olinto e Olinto¹² descreveram que mulheres brancas apresentaram em média 8,8 anos de escolaridade, superando tanto as mulheres pardas (6,9), quanto as negras (6,6). O presente estudo mostrou uma maior prevalência de 7 ou mais consultas de pré-natal entre mulheres brancas – sendo 1,4 vezes maior que gestantes negras e 4 vezes maior que indígenas.

Verificou-se que entre as mães que tiveram filhos com peso de 100 a 2.499g a proporção de nenhuma consulta pré-natal foi 3 vezes maior em comparação àquelas que tiveram filhos com mais de 3.000g. Kilsztajn *et al.*¹³, em estudo conduzido no estado de São Paulo, verificaram redução da prevalência de baixo peso com o aumento no número de consultas de pré-natal, sendo que com o aumento de 0 a 3 consultas de pré-natal para 7 ou mais, a prevalência de baixo peso caiu de 14% para 4%. Os autores também afirmam que a assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos; e que no Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante. Carvalho *et al.*¹⁴ relatam que intervenções simples, como detecção e tratamento de bacteriúria assintomática durante o pré-natal, podem reduzir a incidência de prematuridade e baixo peso do recém-nascido entre 30 e 55%. Segundo Tasmin *et al.*¹⁵, o número de consultas pré-natal está relacionado com complicações pré-parto, prematuridade e morbidade neonatal.

De acordo com Osis *et al.*¹⁶, gestantes que convivem com companheiro fixo, legalmente casadas ou não, possuíam um início mais precoce do pré-natal e um maior número de consultas. Em contrapartida, as solteiras apresentam um início mais tardio e menor número de consultas de pré-natal. Esse fato, segundo os autores, ocorreria porque a mulher solteira demoraria mais a aceitar a gestação e teria menos conhecimentos acerca do que fazer em caso

de ficar grávida, retardando, assim, o início do pré-natal e, conseqüentemente, levando a um menor número de consultas. Silveira *et al.*¹⁷ afirmaram que mulheres casadas dispõem de maior apoio social e familiar durante a gravidez quando comparadas às solteiras, viúvas e divorciadas. Para Soares *et al.*¹⁸, a participação do companheiro materno não só possibilita um maior aporte financeiro, como traz também maior aceitação social da mãe e do RN e, com isso, maior apoio e estímulo aos cuidados necessários a ambos.

Esses dados corroboram com o presente estudo, uma vez que se constatou que mulheres casadas apresentam maior prevalência de 7 ou mais consultas de pré-natal em relação às solteiras e viúvas. Entretanto, encontrou-se também dados divergentes: a prevalência de realização de 7 ou mais consultas de pré-natal foi semelhante ao observado entre as casadas. Novos estudos que explorem e confirmem essa associação no Brasil são necessários.

Trevisan *et al.*¹⁹ afirmaram que quanto maior o número de filhos da gestante, menor o número de consultas de pré-natal e mais tardio o seu início. Esses dados vêm ao encontro do presente estudo, em que a prevalência de 7 ou mais consultas foi maior nas primigestas e menor nas gestantes com 2 ou mais filhos. As razões para esse achado podem ser acompanhamentos de pré-natal de gestações anteriores que não convenceram a mãe de importância de sua realização, sentimento de auto-suficiência/segurança por maternidade prévia ou necessidade de cuidar dos demais filhos, impossibilitando-a de comparecer às consultas de pré-natal¹⁷.

Em relação à idade materna, a prevalência de 7 ou mais consultas de pré-natal foi menor entre as mães mais jovens - dos 10 aos 19 anos. Ainda assim, a maioria das gestantes dessa faixa etária realizou 7 ou mais consultas. Kilsztajn *et al.*¹³ também verificaram que o número de consultas pré-natal foi significativamente menor para mães com menos de 20 anos de idade. A inadequação em relação à frequência ao pré-natal é maior entre as gestantes

adolescentes por problemas como receio dos procedimentos obstétricos, vergonha dos pais e da própria abordagem sobre prática sexual e dificuldade de acesso aos serviços de saúde²⁰.

Em relação à assistência pré-natal no Brasil como um todo, observou-se que 4 dos 7 estados da região Norte e o Maranhão apresentaram os piores índices de realização de 7 ou mais consultas de pré-natal no país. Foi também na região Norte que houve a maior prevalência de não realização de consultas de pré-natal. Em contrapartida, a região Sul mais o estado de São Paulo apresentaram as maiores prevalências de realização de 7 ou mais consultas. Esses dados demonstram que existem muitas diferenças regionais nos indicadores de saúde do Brasil. No Brasil, o acesso a consultas médicas aumenta conforme a renda e é maior nas regiões Sudeste e Sul do que nas regiões Nordeste e Norte. Os determinantes do acesso aos serviços de saúde do Brasil devem levar em conta a disponibilidade desses serviços em cada região, bem como o seu horário de funcionamento, localização, falta de informação dos usuários, ausência dos profissionais procurados, entre outros. Temas como financiamento, descentralização e regionalização são essenciais para se discutir e implementar medidas que promovam maior equidade ao sistema de saúde. A redução das desigualdades quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde requer o aumento dos recursos financeiros destinados ao setor²² e políticas equânimes.

Apesar de a maioria das gestantes do país realizar o número mínimo de consultas recomendado pela OMS e pelo MS, muitas falhas ainda devem ser corrigidas para que se melhore a qualidade do pré-natal e para que mais gestantes façam o acompanhamento adequado da gestação. A maior disseminação de informações sobre a importância do pré-natal, tentando atrair um número maior de mulheres aos centros de saúde, mais equipes de saúde disponíveis para o atendimento da gestante, um bom vínculo dessas equipes com as pacientes e facilidades no acesso aos serviços de saúde são importantes estratégias a serem desenvolvidas através de políticas públicas. Machado *et al.*²³ afirmaram que a promoção da

saúde é um compromisso dos diversos setores do governo - municipal, estadual e federal – que devem articular ações que culminem na melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos. As características sócio-demográficas maternas são importantes indicadores que devem ser consideradas na avaliação dos resultados perinatais. A necessidade de qualificar esses indicadores, melhorando a escolaridade, a facilidade de acesso aos centros de saúde e o conhecimento da população em relação aos cuidados com a saúde é um desafio aos políticos e planejadores de saúde que deve, o quanto antes, ser efetivado.

REFERÊNCIAS

1. Lockwood CJ, Magriples U. The initial prenatal assessment and routine prenatal care. Uptodate 2011. <http://www.uptodate.com> (acessado em Ago/2011)
2. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28(5): 310-315.
3. Victoria CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. 2001; 4(1): 3-69.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré - Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> (acessado em Dez/2011).

6. Vianna SM, Nunes A, Santos JR, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
7. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4):1025-1029.
8. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública 2002; 18(Suplemento):77-87.
10. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11:365-373.
11. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Rev. Saúde Pública 2005; 39(1): 100-107.
12. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2000; 16(4): 1137-1142.
13. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2003; 37(3): 303-310.
14. Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal SA, Figueiroa JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Epidemiol. Serv. Saúde 2007; 16(3): 185-194.
15. Tasnim N, Mahmud G, Arif MS. Impact of reduced prenatal visit frequency on obstetric outcome in low-risk mothers. J Coll Physicians Surg Pak. 2005; 15(1):26-9.

16. Osis, MJD, Hardy E, Faundes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1993; 27(1): 49-53.
17. Silveira CSP, Ferreira MMC. Auto – Conceito da Grávida – Factores Associados. *Millenium* 2011; 40:53-67.
18. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2010; 19(1): 51-60.
19. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2002; 24(5): 293-299.
20. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4): 1077-1086.
21. Lopes LS, Toyoshima SH, Gomes AP. Determinantes sociais da saúde em Minas Gerais: uma abordagem empírica. *Rev. Econômica do Nordeste* 2010; 41(1): 77-95.
22. Lima JC, Azoury EB, Bastos LHV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate. Rev. do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde* 2002; 26(60): 62-70.
23. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 335-342.

Tabela 1 – Distribuição da amostra analisada. Brasil, 2009

Variável	n (%)
Idade Materna (anos)	
10-19	574.766 (20,0)
20-29	1.537.113 (53,3)
30-39	705.681 (24,5)
40-59	63.921 (2,2)
Escolaridade (anos de estudo)	
0	39.641 (1,4)
1-3	191.910 (6,8)
4-7	810.527 (28,7)
8-11	1.302.664 (46,1)
≥ 12	479.042 (17,0)
Estado Civil Materno	
Solteira	1.796.845 (63,2)
Casada	973.280 (34,2)
Viúva	6.569 (0,2)
Divorciada	28.154 (1,0)
União Consensual	39.355 (1,4)
Raça/Cor Materna	
Parda	1.385.927 (50,6)
Branca	1.284.697 (46,9)
Preta	46.086 (1,7)
Indígena	15.891 (0,6)
Amarela	5.805 (0,2)
Número de Consultas de Pré-natal	
0	54.435 (1,9)
1-3	218.843 (7,7)
4-6	909.243 (31,9)
≥ 7	1.667.192 (58,5)
Número de filhos vivos	
0	1.113.536 (41,5)
1	840.075 (31,3)
2 -20	727.711 (27,1)
Peso do RN ao Nascer	
100 - 2.499	242.431 (8,4)
2.500 – 2.999	662.655 (23,0)
3.000 – 3.999	1.822.936 (63,4)
4.000 – 7.000	148.122 (5,2)

Tabela 2 – Prevalência de consultas pré-natal segunda características demográficas e socioeconômicas maternas e do recém-nascido. Brasil, 2009.

	Número de Consultas			
	0	1-3	4-6	7 ou mais
Idade Materna (anos)		n (%)		
10-19	13.311 (2,3)	64.078 (11,2)	227.823 (40,1)	262.925 (46,3)
20-29	28.184 (1,9)	113.644 (7,5)	490.618 (32,3)	887.638 (58,4)
30-39	11.257 (1,6)	32.206 (5,2)	173.574 (24,9)	477.274 (68,4)
40-59	1.679 (2,7)	4.908 (7,8)	17.207 (27,3)	39.307 (62,3)
Escolaridade (anos de estudo)				
0	4.408 (11,4)	8.658 (22,3)	15.087 (38,9)	10.622 (27,4)
1-3	8.048 (4,3)	29.736 (15,7)	78.141 (41,2)	73.635 (38,9)
4-7	21.588 (2,7)	91.828 (11,5)	319.778 (39,9)	368.533 (46,0)
8-11	13.778 (1,1)	72.738 (5,6)	395.005 (30,6)	809.738 (62,7)
≥ 12	1.974 (0,4)	11.304 (2,4)	81.223 (17,1)	380.833 (80,1)
Estado Civil Materno				
Solteira	44.958 (2,5)	175.782 (9,9)	653.188(36,8)	902.705 (50,8)
Casada	6.708 (0,7)	33.645 (3,5)	222.764 (23,0)	701.217 (72,7)
Viúva	149 (2,3)	541 (8,3)	2.037 (31,4)	3.761 (58,0)
Divorciada	284 (1,0)	1.011 (3,6)	5.586 (20,0)	21.024 (75,0)
União Consensual	1.332 (3,4)	4.799 (12,3)	12.961 (33,3)	19.875 (51,0)
Raça/Cor Materna				
Branca	11.491 (0,9)	49.764 (3,9)	271.021 (21,3)	942.593 (73,9)
Preta	1.641 (3,6)	4.729 (10,5)	14.883 (32,9)	24.012 (53,1)
Amarela	107 (1,9)	459 (8,0)	1.605 (28,0)	3.569 (62,2)
Parda	33.154 (2,4)	148.007 (10,8)	563.687 (41,1)	625.573 (45,7)
Indígena	1.761 (11,5)	5,343 (34,8)	5.506 (35,9)	2.751 (17,9)
Número de filhos vivos				
0	11.049 (1,0)	55.889 (5,1)	307.423 (27,9)	729.127 (66,1)
1	13.436 (1,6)	59.587 (7,2)	257.548 (31,0)	501.387 (60,3)
2 – 20	26.851 (3,7)	89.375 (12,4)	271.798 (37,8)	330.945 (46,0)
Peso do RN ao nascer				
100 - 2.499	10.722 (4,5)	33.188 (13,9)	89.749 (37,6)	105.105 (44,0)
2.500 – 2.999	13.670 (2,1)	52.859 (8,1)	209.198 (31,9)	379.827 (57,9)
3.000 – 3.999	26.898 (1,5)	121.607 (6,7)	560.821 (31,1)	1.095.032 (60,7)
4.000 – 7.000	2.148 (1,5)	10.137 (6,9)	48.481 (33,1)	85.839 (58,6)

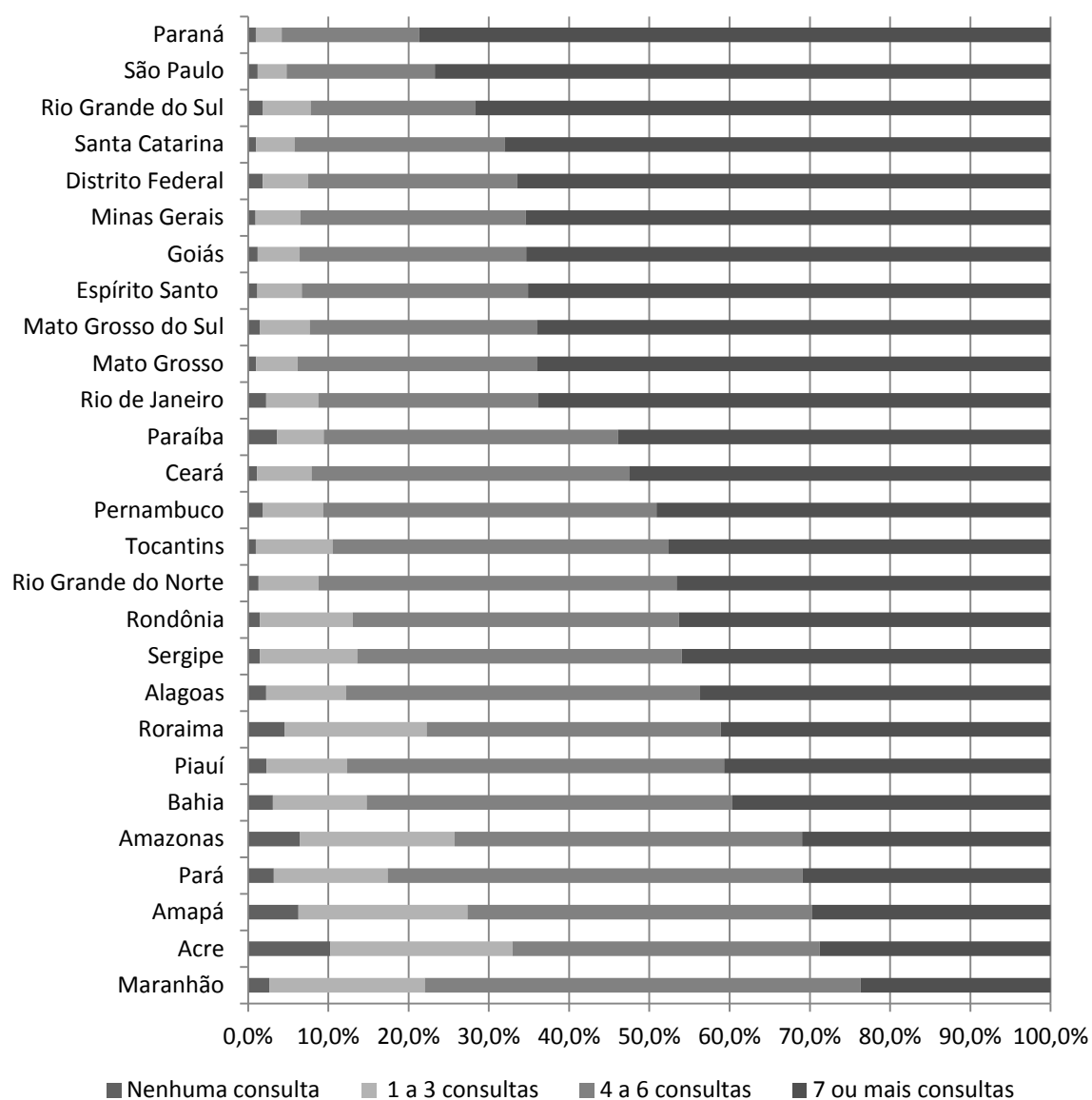


Figura 1 – Prevalência do número de consultas pré-natal segundo as Unidades Federativas do Brasil, 2009.

ANEXO

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização dos Cadernos de Saúde Pública descrita abaixo:

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- d) Netherlands Trial Register (NTR)
- e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de

Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de

formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader[®]. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.